



# SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ANCIANOS Y DISCAPACITADOS

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

SFN 958 (2-2023)

AGENCY USE ONLY	
Case Number:	Date Requested:
Date Received:	Interview Date:
Individual Interviewed	

**Si no es anciano ni discapacitado y desea solicitar Cobertura de Atención Médica, complete la Solicitud de Cobertura de Atención Médica (SFN 1909) o la Solicitud de Asistencia (SFN 405).**

## Instrucciones para la Solicitud de Cobertura de Atención Médica

Esta solicitud se puede utilizar para solicitar cobertura de atención médica, los programas de ahorro de Medicare o atención básica. Consulte la Guía para obtener más información.

### ¿Qué debo hacer para obtener cobertura de atención médica?

Siga estos pasos para solicitar atención médica:

**Paso 1: Marque la asistencia que está solicitando** (Marque TODAS las que correspondan).

Si desea obtener más información sobre estos programas, consulte la Guía de Solicitud de Asistencia. Si no recibió la Guía, comuníquese con su oficina local de la Zona de Servicios Humanos.

**Cobertura de atención médica:** cobertura de Medicaid para personas mayores y discapacitadas.

**Programas de ahorro de Medicare:** ayuda con las primas de Medicare.

**Programa de Asistencia de Atención Básica (BCAP) (un programa para residentes de centros de atención básica únicamente):** solicite este programa **SI** vive en un centro de atención básica autorizado para satisfacer sus necesidades de salud y de vida **Y** tiene 18 años o más, es ciego o está discapacitado o envejecido. Este programa ayuda a pagar los costos de alojamiento y comida.

**Paso 2: Responda tantas preguntas como pueda.** Para obtener ayuda para completar la solicitud, comuníquese o visite su oficina local de la Zona de Servicios Humanos. Es posible que un amigo, familiar u otra persona le ayude a presentar su solicitud. Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte.

**Paso 3: Devuelva su formulario firmado y fechado** a la oficina local de su Zona de Servicios Humanos

**O**

Envíelo por correo a:

Department Of Health and Human Services

Customer Support Center

PO Box 5562

Bismarck ND, 58506

**O** por FAX: (701)-328-1006

**O** por correo electrónico: [applyforhelp@nd.gov](mailto:applyforhelp@nd.gov)

Si tiene preguntas, llame al Centro de Atención al Cliente al:  
1-866-614-6005 Las ubicaciones de las oficinas de la zona de servicios humanos se  
pueden encontrar aquí: <https://www.hhs.nd.gov/human-service/zones>

**Para acelerar el procesamiento de su solicitud**, entregue evidencia de los siguientes elementos con su solicitud. Su oficina local de la Zona de Servicios Humanos puede ayudarlo a obtener estos artículos si es necesario.

**Prueba de estatus de extranjero o ciudadanía, tales como** (se requieren documentos originales si solicita Cobertura de Atención Médica):

- Tarjeta de Extranjero Residente (Formulario I-551)
- Tarjeta de Residente Temporal (Formulario I-688)
- Tarjeta de autorización de empleo (Formulario I-688A)
- Registro de Llegada-salida (Formulario I-94)
- Documento tribal de indios americanos/nativos de Alaska
- Pasaporte
- Certificado de nacimiento (si nació en los Estados Unidos)

Se le pedirá que proporcione información sobre la ciudadanía o el estado migratorio de todas las personas para quienes desea recibir asistencia. Esta información puede estar sujeta a verificación por parte del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS), y la información enviada recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad del grupo familiar y el nivel de beneficios. **Para HCC, se requerirá verificación si no está disponible mediante notificaciones electrónicas.** Si alguna de estas personas no quiere dar información sobre su ciudadanía o estatus migratorio, no será elegible para recibir beneficios. Estas personas deben proporcionar su información financiera para determinar la elegibilidad de otros miembros del grupo familiar. Otros miembros del grupo familiar aún pueden recibir beneficios si son elegibles. No compartiremos información sobre extranjería o ciudadanía de personas que no sean solicitantes con el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (USCIS).

**Prueba del valor de los activos circulantes, tales como:**

- Anualidades
- Seguro de vida
- Cuentas comerciales
- Bienes inmuebles (terrenos, propiedades de alquiler, etc.)
- Certificados de depósito
- Bonos de Ahorro
- Cuentas corrientes/de ahorros/de cooperativas de crédito
- Acciones/bonos/fondos mutuos
- Planes IRA/401K/KEOGH
- Fideicomisos

**Comprobante de gastos, tales como:**

- Pagos ordenados por el tribunal (manutención infantil/conyugal, manutención médica)
- Primas de seguro médico

**Comprobante de ingresos, tales como:**

- Bonificaciones
- Ingresos de trabajo por cuenta propia (copia más reciente del formulario de impuesto federal sobre la renta)
- Manutención infantil
- Beneficios de Seguro Social
- Comisiones
- Manutención conyugal
- Ingresos por arrendamiento
- SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)
- Dinero de amigos, familiares u otros
- Beneficios de desempleado
- Pago (recibos de pago o declaración del empleador)
- Beneficios para veteranos/militares
- Beneficios de pensión/jubilación
- Compensación de trabajadores
- Ingresos de alquiler

**Prueba de otra información, tales como:**

- Identidad (acta de nacimiento, licencia de conducir, identificación laboral o escolar, documento

tribal indígena americano/nativo de Alaska, pasaporte; se requieren documentos originales si solicita cobertura de atención médica)

- Edad (acta de nacimiento, licencia de conducir)
- Números de Seguro Social (tarjeta o comprobante de solicitud de SSN)

**Para saber cuándo puede recibir asistencia, vaya a la sección Información general de la Guía. Si tiene preguntas, comuníquese con el Centro de atención al cliente.**

<b>Cuéntenos acerca de usted</b>			
Primero nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo
Dirección donde vive**			
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección postal (si es diferente)			
Número de teléfono particular	Número de teléfono del trabajo o para enviar mensajes	Número de teléfono móvil	
Indicaciones para llegar a casa (si es rural)			
Si no habla inglés, ¿cuál es su idioma preferido hablado o escrito?			

\*\* Si está solicitando Cobertura de Atención Médica (Medicaid) y ha ingresado su dirección residencial y postal como Entrega General o Sin Hogar, o la ha dejado en blanco, su correo se enviará a la oficina local de la Zona de Servicios Humanos. Deberá hacer arreglos para recoger su correo en la oficina local de la Zona de Servicios Humanos semanalmente. Si no recoge su correo durante tres (3) semanas, su caso puede cerrarse debido a la pérdida de contacto.

#### **Firme y feche su solicitud aquí**

Firma del solicitante	Fecha
Otra firma (cónyuge, tutor u otro adulto)	Fecha

#### **¿Necesita ayuda con HCC?**

Si está solicitando HCC, puede darle permiso a una persona de confianza para hablar sobre esta solicitud con nosotros y ver su información. Esta persona puede actuar en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo dar y recibir información, firmar su solicitud y actuar en su nombre en todos los asuntos futuros. Esta persona se llama "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente.

Si la persona a la que usted otorga este permiso es un **representante designado legalmente** por alguien en esta solicitud, presente prueba con la solicitud.

#### **Si elige que alguien le ayude, complete los cuadros a continuación con su información:**

Primero nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo
Dirección			Número de apartamento de suite
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono

Al firmar, usted autoriza a esta persona a actuar como su "representante autorizado".

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

Poder legal, persona de contacto familiar o sección de tutor		
Primer nombre	Apellido	Relación
Dirección postal donde desea que se envíen los avisos		
Número de teléfono particular	Número de teléfono del trabajo o para enviar mensajes	Número de teléfono móvil
<input type="checkbox"/> Poder notarial	<input type="checkbox"/> Persona de contacto familiar	<input type="checkbox"/> Custodio

### ¿Le gustaría recibir notificaciones por mensaje de texto y correo electrónico?

Todos los correos electrónicos y mensajes de texto que contienen información médica protegida (PHI) u otra información confidencial se transmiten cifrados (seguros) a menos que usted solicite y dé su consentimiento para recibir correos electrónicos y mensajes de texto no cifrados (no seguros).

No se puede garantizar la privacidad y seguridad del correo electrónico y los mensajes de texto. Existe cierto riesgo de que cualquier PHI u otra información confidencial contenida en un correo electrónico o mensaje de texto pueda ser desviada, divulgada o interceptada por un tercero no autorizado. No debe aceptar el envío de correos electrónicos ni de mensajes de texto a menos que esté dispuesto a aceptar estos riesgos.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos no es responsable de ninguna tarifa que impongan sus proveedores de servicios de correo electrónico y mensajes de texto, los correos electrónicos o mensajes de texto que no se reciban debido a fallas técnicas, o la divulgación inadecuada de PHI u otra información confidencial que no sea una resultado de nuestra negligencia.

Usted es responsable de notificar a su asistente social sobre cualquier cambio en su información de contacto y si desea cancelar esta solicitud.

Solicito las siguientes comunicaciones (marque todas las que correspondan):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aviso de revisión para la continuación de la elegibilidad en los programas inscritos, o necesidad de una solicitud completa para determinar la elegibilidad del programa. | <input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Comunicaciones periódicas y continuas sobre la solicitud, elegibilidad, inscripción y participación en los programas inscritos.   | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto   |
|  | <input type="checkbox"/> Correo electrónico |
|  | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto   |

Acepto los riesgos asociados y consiento recibir:

- Mensajes de texto y correo electrónico cifrados (seguros) como se indica anteriormente.
- Mensajes de texto y correo electrónico no cifrados (no seguros) como se indica anteriormente. Entiendo que no cifrado (no seguro) significa que se eliminan las protecciones de seguridad adicionales que salvaguardan el contenido de los correos electrónicos y mensajes de texto.

Dirección de correo electrónico	Número de mensaje de texto
Firma	Fecha

### Cuéntenos sobre las personas en su hogar

Marque las casillas a continuación para todas las personas que viven en su hogar, incluidos los miembros que están temporalmente fuera de su hogar (trabajando fuera de casa, asistiendo a la escuela o a un internado, en el ejército, etc.)

- Usted mismo     Su esposo o esposa     Sus hijos     Otros adultos o niños que viven en su hogar

**Para cada persona marcada, complete los cuadros a continuación. Estas personas forman su grupo familiar.**

Si necesita espacio adicional, continúe en una hoja de papel aparte.

Se le solicita que proporcione información sobre la raza y el origen étnico de todas las personas para quienes desea ayuda. Esta información es voluntaria y se utiliza para garantizar que se brinden beneficios sin distinción de raza, color u origen nacional. Proporcionar esta información no afectará su elegibilidad ni el monto de su beneficio.

También se le solicita que proporcione información sobre el sexo, el último grado completado y el estado civil de todas las personas para quienes desea asistencia. Esta información es voluntaria.

Se le pedirá que proporcione los números de seguro social (SSN) de todas las personas para las que desee asistencia. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite [ssa.gov](http://ssa.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si solicita Medicaid de emergencia únicamente debido a su ciudadanía o estado migratorio, no necesita brindarnos información sobre su SSN. **(Consulte la "Sección de información general" de la Guía de solicitud de asistencia para obtener información adicional sobre el uso de los números de seguro social).**

Miembros del grupo familiar (Ingrese el nombre legal) Segundo nombre Primero Inicial Apellido	Relación con usted	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Ciudadano estadouni dense (Sí o no)	Hispano o latino (Sí o no)	Raza	Estado civil
								Utilice los códigos siguientes	Utilice los códigos siguientes
	Uno mismo								

Códigos de raza: **AI** - Códigos de estado civil de **AP** - Asiático **BL** - Negro/Afroamericano **HP** - Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico **WH** - Blanco  
indios americanos/nativos de Alaska: **DI** - Divorciado **MA** - Casado **NM** - Nunca se casó **SE** - Separado **WI** - Viudo

### Cuéntenos sobre las personas en su hogar (continuación)

Si no desea Cobertura de Atención Médica para todos los miembros del grupo familiar enumerados anteriormente, indique los miembros para los que NO desea Cobertura de Atención Médica:

Si algún miembro del grupo familiar está inscrito en una tribu indígena reconocida a nivel federal, indique los miembros inscritos, el nombre de la tribu y sus números de inscripción tribal:

Si solicita Cobertura de Atención Médica, es posible que sea elegible para no recibir tarifas de inscripción ni pagos de primas bajo determinada Cobertura de Atención Médica.

### Cuéntenos sobre su grupo familiar

He/hemos vivido en Dakota del Norte desde (mes, día y año):

¿Tiene intención de permanecer en Dakota del Norte?  Sí  No

Enumere otros nombres que hayan sido utilizados por miembros del grupo familiar (apellido de soltera, apellido de casada anterior o apodo):

Enumere a los miembros del grupo familiar que están temporalmente fuera del grupo familiar:

¿Por qué están fuera de casa?

Fecha prevista de regreso:

Enumere los miembros del grupo familiar que están discapacitados:

**Si recientemente solicitó incapacidad y la decisión de la Administración del Seguro Social aún está pendiente, debe proporcionar prueba de su estado pendiente junto con esta solicitud.**

Enumere los miembros del grupo familiar que sean veteranos, cónyuges, padres o dependientes de un veterano, o que sean miembros en servicio activo en las Fuerzas Armadas de EE. UU.:

¿Los miembros del grupo familiar han recibido o están recibiendo actualmente asistencia médica en otro estado?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo?

Qué ciudad, condado y Estado:

¿Alguien en su grupo familiar requiere servicios de atención de enfermería?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo comenzaron/comenzarán a recibir servicios de atención de enfermería?

Si recibe servicios de atención de enfermería en un centro, proporcione el nombre y la dirección del centro

Nombre de las instalaciones

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

### Cuéntenos sobre sus facturas médicas

Medicaid puede ayudar a pagar las facturas médicas, incluidos los costos de los medicamentos recetados, hasta tres meses antes del mes de su solicitud. ¿Le gustaría ayuda para pagar alguna de estas facturas?  Sí  No

En caso afirmativo, indique qué meses y proporcione verificación de ingresos, activos y gastos de esos meses:

Medicaid puede permitir facturas médicas impagas de más de tres meses para reducir sus costos de bolsillo. ¿Tienen los miembros del grupo familiar facturas médicas impagas de más de tres meses?  Sí  No

En caso afirmativo, explique:

### Cuéntenos sobre los bienes de su grupo familiar

#### Activos

Marque Sí por los bienes que poseen, son de propiedad conjunta o están siendo adquiridos por los miembros del grupo familiar. Marque no, si no hay ninguno.

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Anualidades**   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cuentas individuales de dinero indio (IIM)*                           |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Bienes propiedad de otra persona                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herencia  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Parcelas de entierro  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Patrimonio vitalicio/arrendamiento vitalicio                          |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Artículos del espacio funerario (ataúd, bóveda, marcador, etc.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Derechos minerales (petróleo, gas, grava, carbón, etc.)               |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cuentas comerciales   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cuenta del mercado monetario  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dinero en mano  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Notas o Contrato de Escritura   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Certificados de depósito  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Planes funerarios prepagos  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cuentas corrientes/de cooperativas de crédito                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Bienes inmuebles (terrenos, propiedades de alquiler, edificios, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cuenta de tarjeta de débito (no cuenta corriente ni de ahorros) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fondos de jubilación (IRA/KEOGH/401K)                                 |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Equipo agrícola, Ganado, Grano almacenado                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Bonos de Ahorro   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Casa/Casa móvil (no ocupada por el propietario)                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cuentas de cooperativas de ahorro/crédito                             |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Casa/Casa móvil (ocupada por el propietario)                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fideicomisos  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herramientas/equipos para generar ingresos                      | Otro, especifique: _____                                |   |

\*Se requiere información IIM si solicita Atención Básica SOLAMENTE.

Para todos los elementos marcados sí, complete las casillas a continuación:

Tipo de activo	Descripción de la ubicación	Valor total	Cantidad adeudada	Propietarios

¿Hay algún activo sujeto a una "Transferencia por defunción"?  Sí  No

En caso afirmativo, describa la propiedad y su valor aproximado.

### Cuéntenos sobre los bienes de su grupo familiar

Enumere los miembros del grupo familiar que hicieron arreglos para los gastos funerarios o dieron dinero, propiedad o seguro a otra persona para pagar los gastos funerarios:

Explique:

¿Espera cambios en los activos el próximo mes?  Sí  No En caso afirmativo, explique:

### Transferencia de activos

¿Los miembros del grupo familiar vendieron, regalaron o transfirieron algo de valor en los últimos 5 años?  Sí  No

En caso afirmativo, enumere los elementos:

Fecha

### Cuéntenos sobre los ingresos/dinero que recibe su grupo familiar

#### Trabajo independiente

¿Hay algún miembro del grupo familiar que trabaje por cuenta propia?  Sí  No En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre de los miembros del grupo familiar:

Nombre y tipo de negocio:

Fecha de inicio del negocio:

#### Empleo

¿Hay algún miembro del grupo familiar empleado?  Sí  No

En caso afirmativo, indique información sobre el pago del empleo, como salarios, comisiones, bonificaciones e incentivos para todos los miembros del grupo familiar. Si el empleo terminó el mes pasado o este mes, también indique aquí los ingresos recibidos este mes.

Miembro del grupo familiar	Empleador	Horas trabajadas por semana	Pago por hora	Pago de este mes antes de impuestos (bruto)	Pago del próximo mes antes de impuestos (bruto)	Cantidad de propinas	Fecha del próximo cheque	¿Con qué frecuencia se paga?	Día o fechas de pago
								Utilice los códigos siguientes	

Con qué frecuencia se pagan los códigos:

**M** - Mensual **2X** - Dos veces al mes **W** - Semanal **EX** - Cada dos semanas Otro, especifique: \_\_\_\_\_

Códigos de pago diario:

**M** - Lunes **T** - Martes **W** - Miércoles **TH** - Jueves **F** - Viernes **S** - Sábado **SU** - Domingo

¿Algún miembro del grupo familiar ha recibido comisiones, bonificaciones o incentivos distintos a los incluidos anteriormente durante el último año?  Sí  No En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre del miembro del grupo familiar:	Fecha de recepción:	Cantidad recibida:
--	---------------------	--------------------

### Ingresos no derivados del trabajo u otro dinero recibido

La siguiente es una lista de diferentes tipos de ingresos no derivados del trabajo. Marque sí para cada ingreso no derivado del trabajo u otro dinero recibido por los miembros del grupo familiar. Marque no, si no lo recibió.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios durante una huelga  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dinero de amigos, familiares u otros**                |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No BIA/Asistencia general tribal**  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dinero de herencia**                                  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ganancias de bingo/juegos de azar  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Petróleo/Derechos minerales/Regalías                  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Manutención de menores** o manutención del cónyuge                                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios de pensión/jubilación                      |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingresos por venta o alquiler por contrato   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios del ferrocarril                            |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pagos por cuidado de crianza/adopción subsidiada                                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistencia a refugiados**                             |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingresos por CRP   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios de Seguro Social                           |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingresos de las tribus   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)**            |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingresos de inquilinos/huéspedes   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No TANF: Asistencia Temporal para Familias Necesitadas** |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dinero indio individual (IIM)*   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios de desempleado                             |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Acuerdo de seguro/demanda**  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios para veteranos/militares**                 |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingresos por intereses/dividendos  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Compensación de trabajadores*                         |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dinero depositado en una cuenta bancaria por una persona fuera de su grupo familiar ** | Otro, especifique: _____  |

\*\*Se requiere información IIM si solicita Atención Básica SOLAMENTE.

**Para todos los elementos marcados como sí, complete la siguiente información:**

Tipo de ingreso no derivado del trabajo u otro dinero recibido	Miembro del grupo familiar	Con qué frecuencia se recibe	Cantidad este mes	Cantidad el próximo mes

¿Los miembros del grupo familiar han solicitado beneficios que aún no han recibido (como Seguro Social, SSI, Compensación al Trabajador, Compensación por Desempleo, Beneficios para Veteranos/Militares, etc.?)  Sí  No En caso afirmativo, explique:

¿Alguien fuera de su grupo familiar deposita dinero en la cuenta bancaria de un miembro del grupo familiar?  Sí  No En caso afirmativo, explique:

### Transferencia de Ingresos

¿Los miembros del grupo familiar han vendido, regalado o transferido algún ingreso o flujo de ingresos en los últimos 5 años? (Ejemplo: pagos de anualidades, pensión mejorada del VA)  Sí  No

En caso afirmativo, explique:

## Seguro de vida

¿Algún miembro del grupo familiar tiene seguro de vida?  Sí  No En caso afirmativo, complete los cuadros a continuación:

¿La póliza de seguro de vida incluye fondo de sepelio detallado e irrevocable?  Sí  No En caso afirmativo, proporcione una copia de la póliza de seguro de vida

Nombre de la persona asegurada	Nombre y dirección de la empresa	Número de póliza	Valor nominal	Valor de rescate en efectivo	Propietarios

## Vehículos

Enumere los vehículos (automóvil, camión, casa rodante, motonieve, motocicleta, vehículo de 3 o 4 ruedas, bote u otra embarcación, casa rodante, remolque, etc.) de propiedad, de propiedad conjunta o que se estén comprando para todos los miembros del grupo familiar, incluso si el vehículo no está funcionando o no está en su poder. Incluya vehículos con licencia de Dakota del Norte, vehículos de motor tribales u otro estado.

Marca/Modelo	Año	Valor	Cantidad adeudada	Propietarios

## Cuéntenos sobre los gastos ordenados por el tribunal

¿Se le ha ordenado judicialmente a algún miembro del grupo familiar que pague manutención infantil, manutención del cónyuge, otra manutención o seguro médico?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién?

¿Para quién son los pagos?

Monto ordenado por el tribunal:

Cantidad pagada:

### Cuéntenos sobre su cobertura de seguro médico

Enumere los miembros del grupo familiar que tienen seguro médico: (proporcione copia, anverso y reverso, de todas las tarjetas de seguro)

Personas cubiertas	Nombre y dirección del titular de la póliza	Nombre y dirección del seguro médico	Fecha de entrada en vigencia	Número de póliza	Número de grupo	Prima mensual	Tipo de Cobertura
							Utilice los códigos siguientes

Enumere todo lo que corresponda

- |   |                              |   |   |
|---|------------------------------|---|---|
| <b>A</b> - Hospital                                 | <b>E</b> - Visión            | <b>I</b> - Seguro HMO                       | <b>N</b> - Seguro de medicamentos recetados |
| <b>B</b> - Médico                                   | <b>F</b> - Hogar de ancianos | <b>J</b> - Orden judicial                   | <b>P</b> - Compensación laboral o accidente |
| <b>C</b> - Médico principal/<br>Laboratorio/Rayos X | <b>G</b> - Cáncer            | <b>K</b> - Parte A de Medicare              | <b>V</b> - Administración de Veteranos      |
| <b>D</b> - Dental                                   | <b>H</b> - Champus/Tricare   | <b>L</b> - Parte B de Medicare              | <b>W</b> - Parte D de Medicare              |
|   |                              | <b>M</b> - Suplemento/Advantage de Medicare |   |

¿Alguien fuera del grupo familiar paga la prima?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién?

¿Esperan los miembros del grupo familiar cambios en la cobertura del seguro médico?  Sí  No En caso afirmativo, explique:

### Seguro de atención a largo plazo

¿Tiene algún miembro del grupo familiar una póliza de seguro de cuidados a largo plazo?  Sí  No

Esta información puede permitirle proteger activos adicionales.

¿La póliza ha pagado algún beneficio?  Sí, en caso afirmativo, proporcione documentación  No

### Díganos si alguien más puede ayudarle con sus costos médicos

¿Alguien ayuda a pagar sus costos médicos?  Sí  No En caso afirmativo, explique:

¿Los miembros del grupo familiar tienen problemas médicos debido a un accidente?  Sí  No En caso afirmativo, complete a continuación:

Tipo de accidente:

Fecha del accidente:

¿Tienen los miembros del grupo familiar alguna acción legal pendiente de la cual puedan recibir dinero o beneficios médicos (incluida la herencia)?  Sí  No

**Solo solicitantes de atención básica**

Si solicita cobertura para el mes en que ingresa a un Centro de Atención Básica, indique el monto del alquiler y los servicios públicos que pagará este mes. Esto incluye alquiler, hipoteca, alquiler de lote, electricidad, calefacción, agua, basura, impuestos a la propiedad, teléfono, etc. Estos gastos pueden deducirse de la tarifa de su primer mes de habitación en el centro de atención básica. Proporcione una verificación impresa para cada gasto enumerado.

Tipo de gasto	Monto total pagado	Tipo de gasto	Monto total pagado

## Solicitud de cobertura de atención médica - Aviso de derechos

### Lea la siguiente información

He recibido, revisado y entiendo mis derechos y responsabilidades como se explica en la Guía.

Entiendo que en la guía se explica con más detalle información adicional sobre prácticas de privacidad y protecciones de derechos civiles.

Declaro bajo pena de perjurio que la información contenida en esta solicitud es correcta. Esto incluye información sobre identidad, ciudadanía y condición de extranjero de los miembros del grupo familiar que solicitan asistencia.

Entiendo que la información sobre mi condición de extranjero y otra información se verificarán cuando se encuentren discrepancias. La condición de extranjero de los miembros del grupo familiar solicitante puede estar sujeta a verificación por parte de USCIS mediante la presentación de información de la solicitud a USCIS. La verificación recibida puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios.

**Entiendo que la información que proporciono en esta solicitud o junto con ella está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales para determinar si la información es correcta, lo que puede incluir verificación electrónica. Si alguna información es incorrecta, se me puede negar la asistencia y puedo estar sujeto a un proceso penal por proporcionar a sabiendas información incorrecta.**

Acepto informar al Centro de Atención al Cliente cualquier cambio en ingresos, bienes o condiciones de vivienda según sea necesario.

Entiendo que no recibiré una deducción por ningún gasto permitido que no informe ni proporcione pruebas.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, sexo, incluida la identidad de género y la orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, religión o estatus con respecto al matrimonio o la asistencia pública, y en algunos casos creencias políticas.

### Recuperación de patrimonio

Las leyes estatales y federales exigen que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Departamento) presente reclamaciones contra el patrimonio de un miembro de Medicaid que: (1) tenía 55 años o más cuando el individuo recibió los servicios de Medicaid; (2) que haya estado institucionalizado permanentemente y haya recibido servicios, independientemente de su edad; o (3) es cónyuge de un miembro de Medicaid que tenía 55 años o más o estaba institucionalizado permanentemente cuando se proporcionaron los beneficios de Medicaid. A partir del 1 de agosto de 2015, excepto por la parte del pago realizado a un proveedor privado por servicios de centros de enfermería, servicios domiciliarios y comunitarios y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados recibidos mientras se está en un asilo de ancianos o mientras se reciben servicios domiciliarios y comunitarios, el Departamento no puede presentar una queja contra el patrimonio para recuperar pagos realizados en nombre de miembros que recibieron cobertura a través de un proveedor privado. A partir del 1 de enero de 2020, los servicios de farmacia ya no son parte de la cobertura a través de un proveedor privado, son proporcionados por el Departamento y están sujetos a la recuperación del patrimonio de Medicaid. Las personas elegibles bajo la cobertura de Expansión de Medicaid reciben su cobertura a través de un proveedor privado.

### Autorización para divulgar información

Yo/nosotros autorizamos a cualquier persona que tenga la custodia o el conocimiento de la información relacionada conmigo o con otros miembros del grupo familiar a revelar cualquier información solicitada, incluida información confidencial que no sea información de salud protegida, a cualquier agente autorizado del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Esta autorización seguirá siendo válida hasta 90 días después del cierre del caso o hasta que sea revocada por escrito. Yo/nosotros autorizamos a Child Support a divulgar cualquier registro de pagos de manutención infantil que hayamos realizado o recibido. Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

**Firme y fecha la solicitud aquí**

Al firmar con mi nombre, doy fe de que he leído y acepto la información contenida en este Aviso de Derechos.

Firma del solicitante:	Fecha:
Otra firma (cónyuge, tutor u otro adulto):	Fecha: